

Resumen de beneficios de 2027



Florida | H9917 | Plan 007

Premier Care (HMO I-SNP)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

En este documento se resume lo que cubre el plan y lo que usted puede pagar. No enumera todos los servicios, beneficios, límites o exclusiones cubiertos. Para conocer los detalles, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) o comuníquese con el plan para obtener ayuda.

Si es miembro y tiene preguntas sobre cómo utilizar sus beneficios, comuníquese con su aliado en cuidado u obtenga más información en línea en AlignSeniorCare.com/Benefits-Hub.

Para conocer los términos y condiciones, vaya a la página 14.

¿Necesita ayuda?

Llame al: 1-844-788-8935 (TTY 711)

Ingrese en: AlignSeniorCare.com

Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Beneficios médicos

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Prima mensual del plan	
La prima mensual del plan incluye cobertura médica y de medicamentos	\$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
Deducible	
	\$0 Este plan no tiene un deducible médico.
Gasto máximo de bolsillo (MOOP)	
El MOOP <i>no</i> incluye los medicamentos recetados de la Parte D	Sus costos anuales por servicios dentro de la red no superarán los \$2,200

Categoría del beneficio		Beneficios de su plan
Cobertura hospitalaria para pacientes internados		
	Copago de \$100 por día para los días del 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días del 7 al 90 Copago de \$0 para los días adicionales ilimitados	Sí, se requiere autorización previa.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos		
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Copago de \$0 para colonoscopia de diagnóstico y extracción de pólipos Copago de \$225 para todos los demás servicios	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$100	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)		
	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.
Consultas al médico		
Proveedores de atención primaria	Copago de \$0	No se requiere autorización previa.
Especialistas	Copago de \$0 para dermatología Copago de \$10 para todos los demás servicios	No se requiere autorización previa.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la influenza, pruebas de detección de diabetes)		
	Copago de \$0	No se requiere autorización previa.
Atención de emergencia		
	Copago de \$90 Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.	No se requiere autorización previa.
Servicios de urgencia		
	Copago de \$40 Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.	No se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios por imágenes		
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Coseguro del 20%	Sí, excepto por los servicios prestados en un centro de enfermería o en un consultorio médico
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computarizada)	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	No, excepto para estudios genéticos
Radiografías para pacientes externos	Copago de \$0	Sí, excepto por los servicios prestados en un centro de enfermería o en un consultorio médico
Radiología terapéutica	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios de audición		
Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)		
	Coseguro del 20%	No se requiere autorización previa.
Servicios de audición (beneficios adicionales)		
Controles de audición de rutina	Copago de \$0 por hasta 1 consulta al año	No se requiere autorización previa.
Evaluación/colocación de audífonos	Copago de \$0 por hasta 1 consulta al año	No se requiere autorización previa.
Audífonos	Asignación de hasta \$1,560 cada año para audífonos recetados para ambos oídos combinados. Este beneficio es administrado por NationsHearing. Después del examen de audición, los audífonos se pueden solicitar en línea a través del portal de NationsHearing. Su aliado de cuidado puede ayudarle a crear su cuenta, programar un examen de audición, localizar un proveedor dentro de la red o revisar sus beneficios de audición y su asignación actual. Para todas las demás consultas, visite alignseniorcare.nationsbenefits.com/hearing, llame a NationsHearing al 1-833-689-1751 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-8935 para obtener ayuda.	No se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios dentales		
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)		
	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.
Servicios dentales (beneficios adicionales)		
Servicios preventivos e integrales	Copago de \$0 por: • exámenes bucales (hasta 4 por año) • limpiezas (hasta 4 por año) • tratamientos con flúor (hasta 2 cada 6 meses) Se aplican límites a las radiografías dentales. Asignación de hasta \$4,000 por año para servicios integrales. Los servicios dentales preventivos no están sujetos a un máximo anual en dólares. Para encontrar un proveedor preferido, busque en la red de proveedores de Liberty Dental. Su aliado de cuidado puede ayudarle a crear su cuenta, programar un examen dental, localizar un proveedor dentro de la red o ver sus beneficios dentales y su asignación actual. Para todas las demás consultas, visite libertydentalplan.com/alignseniorcare, llame a Liberty Dental al 1-866-544-1942 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-8935 para obtener ayuda.	No se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios de la visión		
Servicios de la vista (cubiertos por Medicare)		
Exámenes oftalmológicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares	Coseguro del 20%	No se requiere autorización previa.
Prueba de detección de retinopatía diabética	Coseguro del 20% para 1 prueba de detección por año para miembros con diabetes	No se requiere autorización previa.
Anteojos después de la cirugía de cataratas	Coseguro del 20%	No se requiere autorización previa.
Prueba de detección de glaucoma	Copago de \$0	No se requiere autorización previa.
Servicios de la vista (beneficios adicionales)		
Examen de la vista de rutina	Copago de \$0 por hasta 1 consulta al año	No se requiere autorización previa.
Anteojos de rutina adicionales	Hasta \$130 por año para mejoras en lentes, marcos, lentes de contacto y anteojos. Para encontrar un proveedor preferido, busque en nuestra red de proveedores del plan. Su aliado de cuidado puede ayudarle a programar un examen de la vista, localizar a un proveedor dentro de la red o ver sus beneficios de la vista y su asignación actual. Para todas las demás consultas, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-8935 para obtener ayuda.	No se requiere autorización previa.
Servicios de salud mental		
Consulta de paciente internado	Copago de \$100 por día para los días del 1 al 6 Copago de \$0 por día para los días del 7 al 90 Copago de \$868 por día durante un máximo de 60 días adicionales de por vida	Sí, se requiere autorización previa.
Consulta de terapia grupal para pacientes externos	Copago de \$10	No se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Consulta de terapia individual para pacientes externos	Copago de \$20	No se requiere autorización previa.
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)		
	Copago de \$0 por estadía	Puede requerir autorización según el proveedor y su contrato con nuestro plan
Fisioterapia		
	Copago de \$0	Puede requerir autorización según el proveedor y su contrato con nuestro plan
Ambulancia		
Ambulancia terrestre	Copago de \$250	No se requiere autorización previa, salvo para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.
Ambulancia aérea	Coseguro del 20%	No se requiere autorización previa, salvo para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Transporte		
Que no sea de emergencia	Copago de \$0 para hasta 24 viajes de ida por año a cualquier sitio relacionado con la salud Beneficio adicional para miembros elegibles (SSBCI)*: *Algunos miembros pueden ser elegibles para obtener transporte a cualquier lugar si tienen una afección crónica que reúna los requisitos. Debe acudir a los proveedores de la red de The Helper Bees para que los servicios de transporte estén cubiertos. Su aliado de cuidado puede ayudarle a crear su cuenta, programar un viaje o revisar su beneficio. Para todas las demás consultas, visite AlignSeniorCare.TheHelperBeesPortal.com llame a The Helper Bees al 1-833-284-2434 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-8935 para obtener ayuda. *Importante: Este beneficio adicional forma parte de los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Solo los miembros que califiquen recibirán este beneficio adicional. Consulte la página 16 para obtener una lista de las afecciones crónicas que califican.	No se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare		
Medicamentos para radiación/quimioterapia	Coseguro del 0% al 20% según el medicamento que reciba	Sí, se requiere autorización previa para algunos medicamentos. En el caso de la quimioterapia, solo se requiere autorización previa para la aprobación inicial del medicamento
Otros medicamentos de la Parte B	Coseguro del 0% al 20% según el medicamento que reciba El coseguro del 0% es lo mínimo que se puede aplicar a un medicamento reembolsable de la Parte B El coseguro del 20% es lo máximo	Sí, se requiere autorización previa para algunos medicamentos.

Parte D: Información sobre medicamentos recetados

Etapas de pago del medicamento de la Parte D	Premier Care (HMO I-SNP)
Etapas del deducible	\$450 El deducible se aplica a los Niveles 3 a 5 . Para todos los demás medicamentos, la cobertura se aplica de inmediato.
Etapas de cobertura inicial	Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$2,400 . Consulte la tabla de costos compartidos a continuación para obtener más detalles.
Cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que los costos de bolsillo de sus medicamentos alcancen los \$2,400 , usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo compartido de los medicamentos durante la etapa de cobertura inicial

Cobertura de medicamentos	Minorista estándar (dentro de la red) <i>Suministro para 30 días como máximo</i>	Pedido por correo <i>Suministro para 90 días como máximo</i>	Cuidado a largo plazo (LTC) <i>Suministro para 31 días como máximo</i>
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$10
Nivel 3 (marcas preferidas)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 28%	Sin cobertura	Coseguro del 28%

Vacunas: La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas a **\$0**, incluso antes del deducible.

Insulina: No paga más de **\$35 por mes** por la insulina cubierta, sin importar el nivel o el deducible.

Beneficios adicionales

Categoría del beneficio		Beneficios de su plan
Salón de belleza y barbería*		
	Copago de \$0 por hasta 2 consultas por mes (límite de \$80 cada mes) Para ver el saldo restante o programar una cita, comuníquese con la oficina comercial o su esteticista de la comunidad para obtener ayuda. Para todas las demás preguntas, comuníquese con su aliado de cuidado. *Importante: Este beneficio adicional forma parte de los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Solo los miembros que califiquen recibirán este beneficio adicional. Consulte la página 16 para obtener una lista de las afecciones crónicas que califican.	No se requiere autorización previa.
Suministros para el control de la diabetes		
	Copago de \$0	No se requiere autorización previa.
Servicios de diálisis		
	Coseguro del 20%	No se requiere autorización previa.
Equipo médico duradero (DME)		
	Coseguro del 20%	Sí, se requiere autorización previa.
Cuidado de los pies		
Servicio de podología (cubierto por Medicare)	Copago de \$0	No se requiere autorización previa.
Cuidado de rutina de los pies	Copago de \$0 para un máximo de 6 visitas al año	No se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan
Asignación para una vida saludable	
	Asignación de \$110 cada 3 meses. Los fondos sin usar se transfieren de cada período hasta el final del año. La asignación cubre las siguientes categorías de beneficios: • Apoyos generales para la vida (ropa esencial y adaptable)* • Audífonos de venta libre (OTC) • Productos de venta libre (OTC) • Artículos de higiene personal* Todos los artículos deben comprarse a través de The Helper Bees. La asignación está precargada en su tarjeta para usarla en tiendas minoristas aprobadas o para pedir artículos en línea. Su aliado de cuidado puede ayudarle a crear su cuenta, revisar su saldo actual, buscar qué artículos están cubiertos o realizar un pedido. Para todas las demás consultas, visite AlignSeniorCare.TheHelperBeesPortal.com m llame a The Helper Bees al 1-833-284-2434 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-8935 para obtener ayuda. *Importante: Este beneficio adicional forma parte de los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Solo los miembros que califiquen recibirán este beneficio adicional. Consulte la página 16 para obtener una lista de las afecciones crónicas que califican. No se requiere autorización previa.

Categoría del beneficio	Beneficios de su plan	
Servicios de apoyo en el hogar (apoyo con las tareas diarias)		
	Copago de \$0 por hasta 60 horas al año Los miembros tienen acceso a un beneficio del programa Servicios de apoyo en el hogar que puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. Esto también puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas. Debe acudir a los proveedores de la red de The Helper Bees para que los servicios de apoyo en el hogar estén cubiertos. Su aliado de cuidado puede ayudarle a crear su cuenta, solicitar un servicio, revisar los servicios cubiertos y confirmar las horas que le quedan. Para todas las demás consultas, visite AlignSeniorCare.TheHelperBeesPortal.com llame a The Helper Bees al 1-833-284-2434 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-8935 para obtener ayuda.	No se requiere autorización previa.
Terapia		
Terapia ocupacional	Copago de \$0	Puede requerir autorización según el proveedor y su contrato con nuestro plan
Terapia del habla	Copago de \$0	Puede requerir autorización según el proveedor y su contrato con nuestro plan

Premier Care (HMO I-SNP)

Florida | H9917 | Plan 007

Este documento explica los servicios de cuidado médico y de medicamentos recetados cubiertos por **Premier Care (HMO I-SNP)** válido desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027.

Premier Care (HMO I-SNP) de Align Senior Care Florida, Inc. es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación anual del contrato del plan con Medicare.

En este Resumen de beneficios, se explica lo siguiente:

- Qué servicios cubre este plan
- Cuánto puede pagar por esos servicios

No enumera todos los servicios, beneficios, límites, exclusiones ni normas.

Para conocer todos los detalles, visite AlignSeniorCare.com/Plan-Documents o llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia de la Evidencia de Cobertura, que explica todos los beneficios y las normas del plan.

Quién puede unirse a este plan

Requisitos para inscribirse en **Premier Care (HMO I-SNP)**:

- Tener la **Parte A y la Parte B de Medicare**
- Vivir en el **área de servicio** del plan (es decir, debe residir en un condado en el que opera nuestro plan)
- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible
- Cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se detallan a continuación

¿Cuáles son los requisitos especiales de elegibilidad? Este plan es para personas que necesitan un nivel de atención que generalmente se brinda en una comunidad de personas mayores. Es posible que califique si:

- Vive o tiene la intención de vivir en una de nuestras comunidades participantes para personas mayores durante más de 90 días.

Puede encontrar una lista de las comunidades participantes de adultos mayores en el Directorio de proveedores disponible en AlignSeniorCare.com/Search-Our-Network, o puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una copia.

Nuestra área de servicio

Florida: Prestamos servicios en los condados de Alachua, Broward, Collier, Duval, Hillsborough, Lee, Leon, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Seminole y Sumter.

¿Necesita ayuda?

Llame al: 1-844-788-8935 (TTY 711)

Ingresa en: AlignSeniorCare.com

Horario de atención

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad)

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los días feriados)

Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Proveedores y red

Este plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede encontrar una lista de las comunidades participantes para personas mayores en el Directorio de Proveedores disponible en AlignSeniorCare.com/Search-Our-Network. o puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una copia

Este plan es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO). Generalmente, usted debe acudir a proveedores de la red del plan. Si acude a proveedores fuera de la red del plan, es posible que el plan no pague esos servicios. Por lo general, la atención que se recibe fuera de la red solo se cubre en casos de emergencia. Si no consulta a su médico dentro de la red, comuníquese con Servicios para Miembros para determinar si puede haber una excepción.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de brindar tratamiento a los miembros del plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Explicación de su cobertura de Medicare o Medicaid

Información de Medicare

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el **manual Medicare y usted 2027**. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Costos compartidos y cobertura de Medicaid

Si está inscrito en Medicaid u otros programas de asistencia, es posible que reciba ayuda para pagar la prima de su plan y algunos gastos de bolsillo. Según su elegibilidad, es posible que no tenga que pagar ciertas primas, copagos o coseguros que se indican en este Resumen de beneficios. La inscripción en este plan no afectará su asistencia.

Las normas sobre la cobertura y los costos compartidos de Medicaid son establecidas por el estado y dependen de su elegibilidad individual.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Algunos beneficios adicionales están disponibles solo para miembros con ciertas afecciones crónicas. Estos se llaman beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI).

No todos los miembros califican. Para ser elegible, el miembro debe tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que sean potencialmente mortales o que limiten significativamente la salud o funcionalidad general del afiliado. Además, el plan y un proveedor de atención médica deben determinar que el afiliado tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y que requiere un alto nivel de coordinación de la atención. Incluso si un miembro tiene una afección crónica que califica, es posible que no reciba estos beneficios. La cobertura depende de los criterios específicos de elegibilidad del plan y de una determinación clínica. Es posible que se solicite a los miembros completar una evaluación con el equipo de atención del plan para confirmar su elegibilidad durante el año.

Es posible que sea elegible si tiene una de las siguientes afecciones:

- Trastornos autoinmunitarios
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD)
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hiperlipidemia crónica
- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal crónica (ERC)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
- Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven sus funciones
- Condiciones con desafíos funcionales
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Trastornos inmunosupresores y por inmunodeficiencia
- Trastornos neurológicos
- Osteoporosis
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Postrasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Accidente cerebrovascular

Coseguro

El porcentaje del monto permitido por el plan que quizá deba pagar por un servicio cubierto. Esto no incluye el costo total del servicio. Por lo general, esto se aplica después de pagar el deducible.

- **Monto permitido por el plan:** Este es el monto que el plan acepta pagar por un servicio cubierto. Lo establece el plan, no el médico ni el hospital.
- **Cargos facturados:** Este es el monto que el proveedor factura por el servicio. Puede ser mayor que el monto aprobado por el plan, pero el plan no utiliza este monto para calcular lo que usted paga.

Copago

Un monto fijo en dólares que usted paga por un servicio cubierto, como una consulta médica o una receta.

Atención integral

Atención que cubre una amplia variedad de necesidades de salud. Esto se extiende más allá de la atención preventiva y la atención de rutina, la atención especializada y la atención para afecciones de salud complejas o en curso.

Costos compartidos

La parte de los costos de atención médica que quizá deba pagar, como copagos, coseguros o deducibles. Estos montos pueden ser diferentes si tiene Medicaid.

Servicios cubiertos

Servicios de atención de la salud que incluye su plan y ayuda a pagar, según las normas del plan.

Deducible

El monto que usted paga por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar.

Doble elegibilidad

Una persona que califica tanto para Medicare como para Medicaid. La cobertura y los costos pueden variar según el nivel de elegibilidad para Medicaid.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Un tipo de plan médico que normalmente requiere que acuda a médicos y hospitales de la red del plan. Es posible que deba elegir un proveedor de atención primaria y obtener referencias para ver a especialistas. Por lo general, la atención fuera de la red solo se cubre en casos de emergencia.

Subsidio por bajos ingresos (LIS)/Ayuda adicional

Un programa federal que ayuda a las personas con ingresos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, como las primas y los copagos.

Medicaid

Un programa federal y estatal que ayuda a pagar los costos de atención médica para personas con ingresos limitados. Las normas y los beneficios varían según el estado.

Medicamento necesario

Atención o suministros necesarios para diagnosticar o tratar afecciones médicas y que cumplan con estándares médicos aceptados.

Medicare

Un programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, y para algunas personas menores de 65 años con discapacidades o ciertas afecciones médicas.

Medicare Advantage (Parte C)

Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía de seguro privado que proporciona beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare y, por lo general, incluye cobertura de medicamentos recetados.

Programas de ahorros de Medicare (MSP)

Programas estatales que ayudan a pagar las primas de Medicare y, en algunos casos, otros gastos de bolsillo para personas elegibles.

Proveedor de la red

Un médico, hospital o centro que trabaja con el plan y acepta fijar los precios de los servicios.

Punto de servicio (POS)

Una función del plan que le permite recibir ciertos servicios cubiertos de proveedores fuera de la red aprobada del plan. Acudir a proveedores fuera de la red puede costar más y puede requerir la aprobación del plan.

Organización de proveedores preferidos (PPO)

Un tipo de plan de salud que le permite consultar a médicos y hospitales dentro y fuera de la red del plan. Acudir a proveedores de la red suele costar menos. Por lo general, no se requieren referencias.

Prima

El monto que se paga cada mes por la cobertura del plan médico. Según la elegibilidad, es posible que Medicaid u otros programas de asistencia paguen las primas de algunos miembros.

Cuidado preventivo

Cuidado médico que ayuda a prevenir enfermedades o a detectarlas de manera temprana. Esto puede incluir chequeos, pruebas de detección, vacunas y consultas de bienestar.

Proveedor de atención primaria (PCP)

El médico o proveedor de cuidados médicos a quien consulta para recibir atención de rutina y que ayuda a manejar su cuidado médico general.

Autorización previa

Se necesita la aprobación por escrito del plan antes de que se cubran ciertos servicios o medicamentos.

Atención de rutina

Cuidado médico brindado de manera regular o anual para ayudar a mantener su salud. A menudo incluye exámenes anuales para verificar su salud cuando no hay ninguna enfermedad ni lesión.

Especialistas

Un médico que se centra en la atención de una afección o tipo de tratamiento específico.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Beneficios adicionales que algunos planes Medicare Advantage pueden ofrecer a ciertos miembros con afecciones médicas crónicas, cuando las normas de Medicare lo permitan.

Los beneficios de SSBCI no están disponibles para todos los miembros, requieren que el miembro cumpla con criterios de elegibilidad específicos y se ofrecen a discreción del plan. No todos los planes ofrecen beneficios SSBCI.

Premier Care (HMO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en [AlignSeniorCare.com](https://www.alignseniorcare.com). Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios.

Este documento está disponible gratuitamente en inglés. (This document is available for free in English).

Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare y usted 2027. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.